

*На правах рукописи*

*Бал*

**БАЛУЕВА ЕКАТЕРИНА СТАНИСЛАВОВНА**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

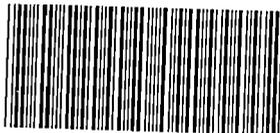
**14.01.30 – геронтология и гериатрия**

**14.01.14 – стоматология**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**диссертации на соискание ученой степени**

**кандидата медицинских наук**



**005532682**

**05 СЕН 2013**

**Самара - 2013**

Работа выполнена в государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор

**Захарова Наталья Олеговна**

доктор медицинских наук, профессор

**Трунин Дмитрий Александрович**

**Официальные оппоненты:**

**Денисова Татьяна Петровна** - доктор медицинских наук, профессор, государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра клинической иммунологии, аллергологии и геронтологии, профессор

**Ронь Галина Ивановна** - доктор медицинских наук, профессор, государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра терапевтической стоматологии, заведующая кафедрой

**Ведущая организация:** государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «2» октября 2013 в 11.00 часов на заседании диссертационного совета Д 208.085.05 при государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, по адресу: 443079, г. Самара, пр. К.Маркса, 165 б.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (443001, г. Самара, ул. Арцыбушевская, 171).

Автореферат разослан «22» августа 2013 года.

Ученый секретарь диссертационного совета,  
доктор медицинских наук, доцент



М.А. Качковский

**Актуальность исследования.** Характерной особенностью последних десятилетий для России, как и для большинства других стран, является прогрессивное старение населения. Одной из основных задач Указа Президента Российской Федерации от 09.10.2007 г. № 1351 «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» является разработка мер, направленных на сохранение здоровья, продление трудоспособного периода жизни пожилых людей и развитие геронтологической помощи. Для реализации региональных демографических программ необходим учет региональных особенностей демографического развития. В этой связи актуальность исследования комплекса показателей старения и половозрастной структуры населения старше трудоспособного возраста г.о. Самара, городов и сельских районов Самарской области становится очевидной (Гридасов Г.Н. и соавт., 2011). Научные исследования по разработке вопросов оптимизации геронтологической помощи традиционно ведутся в области соматической патологии (Котельников Г.П., Яковлев О.Г., Захарова Н.О., 1997; Лобжанидзе А.А., 2005; Шабалин В.Н., 2010; Бабичева О.В., 2010; Хавинсон В.Г. и соавт., 2011; Гехт И.А., 2011; Пономарева И.П., 2013) и в меньшей мере в области стоматологической помощи (Алимский А.В., 2007; Борисенко Л.Г., 2007; Арьева Г.Т., Арьев А.Л., 2008; Русакова И.В., 2008; Ботабаев Б.К., 2010; Янушевич О.О., Кузьмина Э.М., 2010; Кузьмина И.Н., 2013; Музыкин М.И., 2013). Однако, в условиях старения населения возникает необходимость внедрения новых организационных форм оказания стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста. В последние годы изучались отдельные вопросы оказания стоматологической помощи пожилому населению на территории Самарской области (Трунин Д.А., Архипов В.Д., 1997; Беззубов Е.А., 2003; Рахимов Р.М., 2010; Линник Л.Н., 2011; Хамадеева А.М., 2011). Вместе с тем комплексных исследований, посвященных вопросам состояния стоматологического здоровья населения старше трудоспособного возраста, находящегося в разных социальных условиях городов и сел региона, организации, объемам и уровню стоматологической помощи, оказываемой лицам пожилого и старческого возраста за счет разных источников финансирования, удовлетворенности пожилых пациентов доступностью и качеством стоматологических услуг не проводилось. В этой связи изучение фактического состояния стоматологического здоровья пожилого населения и сложившихся объемов различных видов стоматологической помощи с учетом региональных особенностей современной демографической ситуации Самарской области в настоящее время приобретает особую актуальность.

**Цель исследования:** разработать предложения по оптимизации стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста на основе анализа демографической ситуации, данных статистических отчетов, социологических и эпидемиологических исследований.

**Задачи исследования:**

1. Проанализировать особенности демографической ситуации в Самарской области и тенденции ее развития.
2. Изучить состояние стоматологического здоровья различных возрастно-половых групп пожилого населения Самарской области в зависимости от уровня стоматологической помощи и социальных условий.

3. Определить фактические объемы стоматологической помощи, оказанной различным возрастно-половым группам пожилого населения Самарской области.
4. Провести социологическую оценку стоматологической помощи и социальных факторов, влияющих на потребление стоматологических услуг лицами старше трудоспособного возраста.
5. Разработать предложения по совершенствованию оказания стоматологической помощи пожилому населению.

**Научная новизна исследования.** На основании сравнительного анализа динамики комплекса показателей установлена внутрорегиональная дифференциация демографического старения населения. Выявлена региональная специфика миграционного прироста и расселения мигрантов старше трудоспособного возраста обоего пола в сравнении с другими возрастно-половыми группами мигрантов.

Разработана и реализована программа социологического исследования удовлетворенности объемами, качеством, доступностью и организацией стоматологической помощи пенсионерам, проведен сравнительный анализ мнения врачей стоматологов и пациентов по вопросам геронтостоматологии.

Получены новые данные возрастной динамики показателей стоматологического здоровья по области в целом, в городах и селах, у мужчин и женщин по результатам расширенного эпидемиологического стоматологического обследования пожилых. Выявлены особенности стоматологического здоровья и дана оценка социально-демографических групп пожилого населения, отличающихся по возрасту, полу, месту жительства (город/село); по социальным условиям проживания (в домашних условиях/в стационарных учреждениях социального обслуживания, городов и сел). Рассчитаны уровни стоматологической помощи и корреляционные связи между показателями. Разработана «Программа определения индекса состояния стоматологической помощи» (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2012612527 от 07.03.2012 г.).

Проанализированы в динамике по годам фактические объемы основных видов стоматологической помощи (стационарной; стационарозамещающей; амбулаторно-поликлинической: лечебно-хирургической, профилактической, ортопедической), оказанной населению различных возрастно-половых групп городов и сел региона из разных источников финансирования и во время стационарного лечения в ГБУЗ «Самарский областной клинический госпиталь для ветеранов войн» (СОКГВВ).

На основе изучения особенностей демографического старения региона, интенсивности и распространенности стоматологической патологии населения старших возрастных групп, данных анкетирования, оценки фактических объемов стоматологической помощи пожилому населению разработаны предложения по развитию геронтостоматологической помощи на территории Самарской области.

**Практическая значимость.** Результаты демографического, эпидемиологического, медико-экономического и социологического исследований, полученные в диссертационной работе, могут стать основой управленческих решений для оптимизации оказания стоматологической помощи пожилым на территории Самарской области по основным видам (амбулаторно-поликлиническая, стационарозамещающая, стационарная).

Анализ мониторинга результатов работы стоматологического отделения ГБУЗ СОКГВВ свидетельствует о преимуществе такой организационной формы, позволяющей пожилым со сниженной мобильностью и способностью к самообслуживанию, получать комплексную амбулаторно-поликлиническую стоматологическую услугу во время лечения соматической патологии в круглосуточном стационаре.

Результаты, полученные в ходе исследования, могут быть использованы в работе стоматолога, геронтолога, врача общей практики, организатора здравоохранения поликлинических и стационарных учреждений, а так же учреждений социальной защиты населения.

Материалы исследования используются в учебно-педагогическом процессе для преподавания на кафедре гериатрии ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России.

#### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Демографическая ситуация в Самарской области характеризуется сохраняющейся депопуляцией, феминизацией, увеличением миграционного прироста пожилых и усилением неравномерности демографического старения населения городов и сел региона. Вектор миграционного прироста лиц старше трудоспособного возраста сместился в сельскую местность в основном за счет женского населения.

2. Показатели состояния стоматологического здоровья имеют существенные отличия в зависимости от возраста, пола, места проживания (город/село), условий проживания пожилых граждан (домашнее/в учреждениях социальной защиты населения), состояния стоматологической помощи. Уровень стоматологической помощи, оказываемой пожилому населению городов и сел Самарской области, находящихся в разных социальных условиях, во всех случаях является недостаточным. Объемные показатели бесплатной для пациента лечебной (терапевтической), профилактической, ортопедической стоматологической помощи пожилым в динамике по годам снижаются, хирургической (удаление зубов) – увеличиваются.

3. Результаты социологических опросов населения и врачей стоматологического профиля свидетельствует о неудовлетворенности различными аспектами организации, доступности и качества геронтостоматологической помощи.

4. Демографическое старение населения и одновременное снижение объемных показателей, неудовлетворительное состояние стоматологического здоровья и уровня оказания стоматологической помощи пожилым, диктуют необходимость оптимизации, путем внедрения новых организационных форм оказания стоматологической помощи, как меры социальной защиты пенсионеров.

**Личный вклад автора.** Лично автором рассчитаны и изучены в динамике показатели, характеризующие старение населения Самарской области в целом, городов, сел и районов г.Самара; проведен расчет и сравнительный анализ особенностей миграционного прироста и расселения лиц старше трудоспособного возраста.

Е.С. Балуева лично провела медико-социологическое исследование (877 пациентов старше трудоспособного возраста, 230 врачей-стоматологов) и проанализировала полученные результаты; провела эпидемиологическое

стоматологическое обследование 1213 человек пожилого и старческого возраста населения городов и сел Самарской области по методике ВОЗ, находящихся в разных социальных условиях (проживающих в домашних условиях и в стационарных учреждениях социального обслуживания).

Автором лично проведен анализ объемов стоматологической помощи, фактически оказанных пожилым населению региона в динамике по годам: по разным формам: стационарной, стационарозамещающей и амбулаторно-поликлинической (АПП); по разным профилям: лечебно-хирургическая, профилактическая, ортопедическая; по разным источникам финансирования: ОМС, бюджет, платные услуги; по разным уровням: областной, городской, сельский; по лечебным учреждениям: ГБУЗ СОКГВВ. Всего автором было проанализировано 240 отчетных форм.

Выражаю благодарность заведующему кафедрой медицинского страхования ИПО ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, министру здравоохранения Самарской области, заслуженному врачу РФ, к.м.н., доценту Гридасову Геннадью Николаевичу за организационную и консультативную помощь при проведении данного исследования.

**Внедрение результатов исследования.** Результаты исследования внедрены в практическую работу Центра стоматологического здоровья на базе ГБУЗ «Самарская областная клиническая стоматологическая поликлиника», ММБУ «Стоматологическая поликлиника № 2» г. Самара, МУЗ «Новокуйбышевская городская стоматологическая поликлиника», ЗАО МСК «АСКО-ВАЗ».

Основные положения диссертации и внедрения включены в курс лекций и практических занятий кафедры гериатрии ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России

**Апробация работы.** Результаты исследования доложены на региональной конференции дипломированных специалистов «Молодые ученые – медицине» Аспирантские чтения 2009 (Самара, 2009); Всероссийской конференции дипломированных специалистов «Молодые ученые – медицине» Аспирантские чтения 2010 (Самара, 2010); Всероссийской конференции с международным участием «Молодые ученые – медицине» Аспирантские чтения 2011 (Самара, 2011); Всероссийской конференции с международным участием «Молодые ученые – медицине» Аспирантские чтения 2012 (Самара, 2012). Материалы диссертации доложены и обсуждены на заседании кафедры гериатрии, первичная апробация проведена 13 февраля 2013 г. на совместном заседании кафедр гериатрии и стоматологии ИПО СамГМУ Минздрава России (протокол №7).

**Публикации.** По материалам диссертации опубликованы 13 печатных работ, в том числе 5 – в журналах, рекомендованных ВАК РФ. По теме диссертации разработано и издано учебно-методическое пособие для системы послевузовского образования (Диплом I международного конкурса учебно-методической, учебной и научной литературы, изданной в 2011 году № 155-12 от 10 декабря 2012 г.); получены свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ и 3 удостоверения на рационализаторские предложения.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы материалы и методы, глав результатов собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, практических

рекомендаций, списка литературы, приложения и изложена на 219 страницах машинописного текста, содержит 48 таблиц и 14 рисунков. Список литературы состоит из 247 источников, в том числе 201 – отечественных и 46 – зарубежных авторов.

**Связь исследования с проблемными планами НИР.** Работа выполнена по плану научно-исследовательских работ ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России. Номер государственной регистрации темы 01200809999.

**Материалы и методы исследования.** В основу работы положен анализ результатов комплекса взаимосвязанных исследований на основе нескольких методов (демографического, эпидемиологического, социологического, медико-экономического, статистического). Дизайн работы представлен на рис. 1.



Рис.1. Дизайн исследования

Демографическую ситуацию анализировали в динамике с использованием материалов областного управления статистики за 2001-2010 годы. Изучали показатели естественного движения населения (рождаемость, смертность, естественный прирост) и структуру населения по полу и возрасту. Рассчитывали комплекс показателей, характеризующих старение населения региона: для Самарской области в целом, для 10 городов и 27 сельских районов, для 9 районов г.о. Самара: доля лиц в возрасте 60+ в общей численности населения, средний возраст, индекс старения, коэффициент демографической нагрузки пожилыми. Показатели, характеризующие миграцию, рассчитывали для области в целом, для городского и сельского населения, в сравнении по полу и по трем возрастным группам (миграционный прирост, возрастная и половая структура мигрантов младше трудоспособного, трудоспособного, старше трудоспособного).

Эпидемиологическое стоматологическое обследование проведено лично автором по методике ВОЗ, после обучения в Сотрудничающем Центре ВОЗ на базе ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России при кафедре профилактики стоматологических заболеваний (заведующая кафедрой, профессор Э.М. Кузьмина). Использована модифицированная карта ВОЗ (удостоверение на рационализаторское предложение № 106, выдано ГОУ ВПО СамГМУ 29.12.2010 г.). Обследованные пациенты были разделены на три возрастные группы: 55-64 года (I группа), 65-74 года (II группа), 75 лет и старше (III группа). Всего осмотрено 1213 человек (411 мужчин, 802 женщины) в городах Самара, Тольятти, Новокуйбышевск;

в селах Безенчук, Шентала; в четырех группах, находящихся в разных социальных условиях: группа А1 - городское население, проживающее в домашних условиях, группа А2 - городское население, находящееся в городских стационарных учреждениях социального обслуживания, группа Б1 - сельское население, проживающее в домашних условиях, группа Б2 - сельское население, находящееся в сельских стационарных учреждениях социального обслуживания. Во всех половозрастных и социальных группах изучены состояние зубных рядов и функции жевания: распространенность и интенсивность кариеса зубов (индекс КПУ и его компоненты), определено количество сохранившихся естественных функционирующих зубов; рассчитаны индекс утери функции зубов (УФЗ) и индекс функции жевания (ИФЖ). Гигиеническое состояние полости рта определяли по индексу Грин-Вермиллиона. Состояние тканей пародонта оценивали на основании коммунального пародонтального индекса (СРІ).

Для определения уровня стоматологической помощи, рассчитывали индекс состояния стоматологической помощи (ИССП), в основу которого положена методика А.П. Леуса (1987). Для автоматизированной обработки результатов эпидемиологического обследования и расчета ИССП разработана «Программа определения индекса состояния стоматологической помощи» (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2012612527 от 07.03.2012 г.).

Фактически сложившиеся объемы стоматологической помощи пожилым анализировали по материалам государственных статистических отчетных форм (ф-039-2/у; ф-039-4/у, ф.№14-Мед, ф.№30) для области в целом, городского и сельского населения, пяти возрастных групп ( I группа - 60-69 лет; II группа -70-79 лет; III группа - 80-89 лет; IV группа - 90-99 лет; V группа - 100 лет и старше); по базам данных счетов ГБУ «Медицинский информационно-аналитический центр» Министерства здравоохранения Самарской области (МИАЦ) за 2007-2010 г.г.

Медико-социологические исследования пациентов и врачей, проводили на базе 15 государственных учреждений здравоохранения 5-и городов (г.Самара, г.Тольятти, г.Сызрань, г.Новокуйбышевск, г.Отрадный) и 5-и центральных районных больниц (ЦРБ) Самарской области. Использован разработанный автором способ оценки стоматологической помощи, с помощью специально составленных анкет (удостоверения на рационализаторские предложения № 95 и № 96 выданы ГОУ ВПО СамГМУ 12.10.2010 г.). В социологическом опросе приняли участие 877 пациентов и 230 врачей стоматологического профиля.

Статистическую обработку выполняли в среде статистического пакета SPSS 11.5. Достоверность различий устанавливали по критериям Стьюдента, Колмогорова-Смирнова, Вилкоксона-Манна-Уитни, по методу углового преобразования Фишера (Реброва О.Ю., 2002; Наследов А.Д., 2012). Исследование взаимосвязей выполняли с помощью рангового корреляционного анализа Спирмена, рассчитывали значения коэффициентов корреляции и их уровни значимости. В работе представлены среднее арифметическое и его ошибка ( $M \pm m$ ). Критическое значение уровня значимости принимали равным 0,05.

#### **Результаты исследования**

**Анализ демографической ситуации Самарской области.** По комплексу индикаторов демографического старения выявлена значительная

внутрирегиональная дифференциация городов, сел и районов г.Самара (табл. 1). В ряде территорий, сложилась наименее благоприятная демографическая ситуация, которая резко отличается от областной в целом. Среди 10 городов региона выделены города традиционно старые (г.Жигулевск, г.Октябрьск); старые и продолжающие стареть (г.Чапаевск), молодые и быстро стареющие (г.Тольятти). Среди 27 районов области самым традиционно старым и продолжающим стареть сельским районом является Шигонский. Сформировалась группа быстро стареющих сельских поселений: с.Алексеевка, с.Безенчук, с.Богатое, с.Борское. Процесс старения 9 районов столицы Самарского региона так же протекает неравномерно. Выделены районы, которые являются традиционно старыми - это Ленинский, Октябрьский, и Железнодорожный. К быстро стареющим отнесены Ленинский, Октябрьский, Промышленный и Кировский районы. Самым традиционно старым и продолжающим стареть районом г.о.Самара является Ленинский.

Численность населения Самарской области с каждым годом уменьшается (с 3254,1 тыс. человек в 2002 году до 3170,1 тыс. – в 2010 году), несмотря на небольшое увеличение рождаемости (рис.2).



Рис.2. Динамика основных показателей демографического развития Самарской области

Нарастает процесс феминизации пожилого населения: на 1000 мужчин пенсионного возраста в 2001 г. приходилось 2190 женщин, в 2009 г.- 2649. Из-за высокого уровня смертности, сохраняется отрицательный естественный пророст населения (убыль), а образующийся дефицит возрастных групп не покрывается миграционным приростом. За короткий период 2002-2009 г.г. произошло ухудшение демографической структуры мигрантов, проявившееся в увеличении миграционного прироста пожилого населения (МПп), особенно в сельской местности, сопровождающееся одновременным отрицательным миграционным приростом (убылью) детей, что вносит свой вклад в ухудшение демографической ситуации в области (табл. 2). Демографической особенностью последних лет является смещение вектора миграционного прироста лиц старше трудоспособного возраста из городов в сельскую местность и этот прирост на 2/3 обеспечивается пожилыми женщинами, что увеличивает феминизацию на селе (табл. 3).

Таблица 1

## Показатели старения населения Самарской области

Территориальные единицы	Годы	Доля лиц в возрасте 60+	Средний возраст	Индекс старения	КДНп
Самарская область	2001	20,8	37,9	115,5	339
	2009	22,4	39,4	151,4	356
Городское население	2001	20,3	37,8	117,3	326
	2009	22,1	39,3	153,5	350
Сельское население	2001	22,5	38,4	107,6	397
	2009	23,6	39,9	141,2	389
г. Самара	2001	22,2	39,3	138,7	360
	2009	23,2	39,9	173,1	370

Таблица 2

## Динамика и структура миграционного прироста разных возрастных групп населения Самарской области

Группы населения (чел.)	2002г.			2007г.			2009г.		
	всего	город	село	всего	город	село	всего	город	село
Всего	6381	4654	1727	8289	7426	863	8552	6970	1582
моложе трудоспособного	1064	861	203	843	659	184	454	627	-173
трудоспособные старше	4439	3250	1189	6787	6746	41	7075	6258	812
трудоспособного	878	543	335	659	21	638	1023	85	938

Таблица 3

## Динамика и структура миграционного прироста пожилого населения Самарской области по полу и месту расселения

Группы населения (чел.)	2002г.			2007г.			2009г.		
	Всего	Город	Село	Всего	Город	Село	Всего	Город	Село
Оба пола	878	543	335	659	21	638	1023	85	938
Мужчины	257	123	134	136	-102	238	258	-64	322
Женщины	621	420	201	523	123	400	765	147	616

Таким образом, возрастно-половой состав мигрантов способствует нарастанию старения и феминизации пожилого населения региона. Изменившееся географическое расселение пожилых мигрантов ложится дополнительной нагрузкой на систему сельского здравоохранения области (Гридасов Г.Н. и соавт., 2011).

Эпидемиологическое стоматологическое обследование пожилого населения. Для стоматологического здоровья пожилых характерны высокая распространенность (99,9 %) и интенсивность кариеса (КПУ=20,4±0,2). В структуре

КПУ число удаленных зубов является определяющим показателем («К»: «П»: «У» =10% : 29% : 61%), имеющим сильную положительную корреляционную связь высокой степени достоверности ( $p < 0,001$ ) с КПУ ( $r = 0,78$ ) и УФЗ ( $r = 0,92$ ) и такую же достоверно сильную, но отрицательную связь с ИФЖ ( $r = -0,92$ ), с количеством сохранившихся ( $r = -1,00$ ) и интактных зубов ( $r = -0,76$ ). Полное отсутствие зубов встречается у 18,4% обследованных пациентов (11,2% - в I группе, 18,2% - во II группе, 25,8% в III группе). При этом у пенсионеров остается в среднем на одного человека  $15,6 \pm 0,2$  сохранившихся зубов и  $7,5 \pm 0,2$  интактных (табл. 4). Количество пожилых граждан, имеющих 20 и более зубов, в Самарской области составляет 34,5%, что в 2 раза ниже показателя, определенного ВОЗ для лиц старше 65 лет к 2010 году (Кузьмина Э.М., 2009; Хамадеева А.М., 2011; Petersen P.E., 2010). Уровень оказания стоматологической помощи пожилому населению области недостаточен (ИССП=38,5%). Между ИССП и показателями состояния зубных рядов и жевательной функции установлены статистически значимые прямые и обратные корреляционные связи (с «П»  $r = 0,60$ ; числом сохранившихся зубов  $r = 0,88$ ; числом интактных зубов  $r = -0,61$ ; ИФЖ  $r = 0,84$ ; с КПУ  $r = -0,61$ ; «У»  $r = -0,88$ ; УФЗ  $r = -0,84$ ).

Возрастная динамика стоматологического здоровья - негативная. В каждой последующей возрастной группе, по сравнению с предыдущей, КПУ увеличивается за счет компонента «У». Результатом является снижение жевательной функции оставшихся естественных зубов каждые последующие 10 лет жизни пациентов: если к началу пенсионного возраста в I группе жевательная функция зубов сохранена на 27%, то после 75 лет (III группа) оставшиеся зубы обеспечивают функцию жевания лишь на 16%, поскольку физиологическая функция жевания утрачена на 84% (табл. 4).

Таблица 4

Состояние зубных рядов и жевательной функции пожилого населения Самарской области в целом и по возрастным группам ВОЗ ( $M \pm m$ )

Показатель	Область	I (55-64)	II (65-74)	III ( $\geq 75$ )	Р		
					I-II гр.	I-III гр.	II-III гр.
К	$2,1 \pm 0,1$	$2,3 \pm 0,1$	$2,0 \pm 0,1$	$1,9 \pm 0,2$	$< 0,001$	$< 0,001$	0,154
П	$6,0 \pm 0,1$	$6,6 \pm 0,2$	$6,0 \pm 0,2$	$5,2 \pm 0,3$	0,024	$< 0,001$	0,015
У	$12,4 \pm 0,2$	$10,1 \pm 0,3$	$12,6 \pm 0,3$	$15,3 \pm 0,5$	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$
КПУ	$20,4 \pm 0,2$	$18,9 \pm 0,3$	$20,5 \pm 0,2$	$22,3 \pm 0,3$	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$
Сохран.	$15,6 \pm 0,2$	$17,9 \pm 0,3$	$15,4 \pm 0,3$	$12,8 \pm 0,5$	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$
Интакт.	$7,5 \pm 0,2$	$9,1 \pm 0,3$	$7,3 \pm 0,2$	$5,7 \pm 0,3$	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$
УФЗ (%)	$78,2 \pm 0,6$	$73,2 \pm 1,2$	$79,0 \pm 0,9$	$83,5 \pm 1,3$	$< 0,001$	$< 0,001$	0,001
ИФЖ (%)	$21,6 \pm 0,6$	$26,6 \pm 1,2$	$20,8 \pm 0,9$	$16,4 \pm 1,3$	$< 0,001$	$< 0,001$	0,001

Существенное значение имеет место проживания пенсионеров. У сельских пожилых стоматологический статус по всем показателям (кроме числа кариозных зубов) значительно отличается в худшую сторону, по сравнению с городскими (табл. 5).

Динамика возрастной потери зубов у сельчан отличается от аналогичного процесса у жителей городов: сельские пенсионеры не только теряют зубы в большем количестве, но и на 10 лет раньше, чем городские; жевательная функция оставшихся естественных зубов сохранена в меньшей степени (табл.5). В ключевой II возрастной группе городских пожилых 36,2% пациентов имели более 20

функционирующих зубов, в группе сельских - только 19,0%, что в 4 раза ниже показателя, рекомендуемого ВОЗ. Уровень стоматологической помощи пожилым недостаточен и зависит от места проживания: ИССПгор=41,4%; ИССПсел=29,3%.

Таблица 5

Состояние зубных рядов и жевательной функции городского и сельского населения Самарской области в целом и по возрастным группам ВОЗ (M±m)

Показатели		Всего	I (55-64 года)	II (65-74 года)	III (≥ 75 лет)	P I-Гр.	P I-III гр.	P II-III гр.
К	Гор.	2,0±0,1	2,4±0,1	1,9±0,1	1,8±0,2	0,002	0,001	0,319
	Сел.	2,2±0,2	2,2±0,2	2,2±0,3	2,2±0,5	0,036	0,012	0,226
П	Гор.	6,4±0,2	7,1±0,3	6,4±0,2	5,7±0,3	0,033	0,001	0,068
	Сел.	4,5±0,2***	5,3±0,4	4,5±0,4	3,4±0,5	0,071	0,003	0,069
У	Гор.	11,7±0,2	9,3±0,4	11,8±0,3	14,6±0,6	<0,001	<0,001	<0,001
	Сел.	14,6±0,4***	12,1±0,6	15,6±0,6	17,6±1,0	<0,001	<0,001	0,115
КПУ	Гор.	20,1±0,2	18,7±0,3	20,1±0,5	22,1±0,4	0,001	<0,001	<0,001
	Сел.	21,4±0,3***	19,6±0,5	22,2±0,4	23,2±0,6	<0,001	<0,001	0,236
Сохр.	Гор.	16,3±0,2	18,7±0,4	16,2±0,3	13,4±0,6	<0,001	<0,001	<0,001
	Сел.	13,4±0,4***	15,9±0,6	12,4±0,6	10,4±1,0	<0,001	<0,001	0,115
Интак.	Гор.	7,8±0,2	9,2±0,3	7,7±0,3	5,9±0,4	<0,001	<0,001	<0,001
	Сел.	6,7±0,3**	8,7±0,5	5,8±0,4	4,9±0,6	<0,001	<0,001	0,294
УФЗ (%)	Гор.	75,7±0,8	70,1±1,5	76,5±1,1	81,3±1,6	<0,001	<0,001	0,003
	Сел.	86,1±1,0***	80,8±2,0	88,4±1,4	91,2±1,8	<0,001	<0,001	0,359
ИФЖ (%)	Гор.	24,1±0,8	29,7±1,5	23,3±1,0	18,7±1,6	<0,001	<0,001	0,004
	Сел.	13,6±1,0***	18,6±2,0	11,3±1,4	8,7±1,7	0,001	<0,001	0,389

Примечание: \*\* -  $P \leq 0,01$ ; \*\*\* -  $P \leq 0,001$  - уровни статистически значимых показателей сельского населения в сравнении с городским.

Стоматологическое здоровье лиц старше трудоспособного возраста зависит не только от места проживания (город/село), но и от пола пациента. Установлены статистически значимые гендерные отличия состояния зубных рядов и жевательной функции у пожилых сельских жителей и отсутствие таких отличий у городского населения (табл. 6).

У мужчин - пенсионеров, проживающих в селах, состояния зубных рядов и жевательной функции значимо уступает аналогичным показателям их городских сверстников. Жевательная функция оставшихся естественных зубов у сельских мужчин-пенсионеров сохранена на 9%, в то время как у городских - на 25% (разница в 2,7 раза). У сельских женщин-пенсионерок жевательная функция оставшихся естественных зубов сохранена на 16%, у городских - на 24% (разница в 1,5 раза).

Стоматологическое здоровье зависит и от других социальных факторов: проживание в домашних условиях или в социальных учреждениях стационарного типа (табл. 7). У пенсионеров, находящихся в городских учреждениях социальной защиты, индекс КПУ и его структура значимо отличаются в худшую сторону по сравнению с теми, кто проживает в домашних условиях. Сходные результаты были получены при обследовании городского населения Красноярского края (Чижов Ю.В., 2005). ИФЖ пенсионеров в городских пансионатах в 2,7 раза меньше, чем у проживающих дома ( $P < 0,001$ ). Показатели состояния зубных рядов и жевательной функции у сельских пенсионеров, находящихся на социальных

койках, значительно отличаются в худшую сторону, по сравнению с проживающими дома. ИФЖ пенсионеров в сельских пансионатах в 1,5 раза меньше, чем у пожилых с домашним проживанием ( $P < 0,01$ ).

Таблица 6

Состояния зубных рядов и жевательной функции мужчин и женщин ( $M \pm m$ )

Показатели	Мужчины		P	Женщины		P
	городские	сельские		городские	сельские	
К	2,1±0,1	2,0±0,3	0,182	2,0±0,1	2,3±0,2	0,795
П	6,2±0,3	3,9±0,4*	<0,001	6,5±0,2	4,8±0,3	<0,001
У	11,2±0,4	16,5±0,7***	<0,001	11,9±0,3	13,8±0,5	<0,001
КПУ	19,5±0,3**	22,5±0,5*	<0,001	20,5±0,2	20,9±0,4	0,352
Сохран.	16,8±0,4	11,5±0,7***	<0,001	16,1±0,3	14,2±0,5	<0,001
Интактные	8,4±0,3**	5,6±0,5***	<0,001	7,4±0,2	7,2±0,4	0,708
УФЗ (%)	74,7±1,3	90,5±1,4***	<0,001	76,2±0,9	84,2±1,3	<0,001
ИФЖ (%)	25,3±1,3	8,9±1,3***	<0,001	23,5±0,9	15,6±1,3	<0,001

Примечание: \* -  $P \leq 0,05$ ; \*\*\* -  $P \leq 0,001$  - уровни значимости показателей сельских мужчин в сравнении с сельскими женщинами; \*\* -  $P \leq 0,01$  - уровень значимости показателей городских мужчин в сравнении с городскими женщинами

Таблица №7

Состояние зубных рядов и жевательной функции городских и сельских пенсионеров, находящихся в разных социальных условиях ( $M \pm m$ )

Показатели	Городские			Сельские		
	Гр. А1 домашн.	Гр. А2 социал.	p	Гр. Б1 домашн.	Гр. Б2 социал.	p
К	2,1±0,1	1,8±0,3	0,194	1,8±0,1	3,8±0,7	0,071
П	6,5±0,1	5,1±0,6	0,028	4,8±0,3***	3,6±0,5*	0,010
У	11,4±0,2	16,5±0,9	<0,001	14,0±0,4***	16,9±1,0	0,005
КПУ	19,9±0,2	23,4±0,7	<0,001	20,6±0,3	24,2±0,5	<0,001
Сохранивш.	16,6±0,2	11,5±0,9	<0,001	14,0±0,4***	11,1±1,0	0,005
Интактные	7,9±0,2	4,4±0,7	<0,001	7,6±0,3	3,8±0,6	<0,001
УФЗ (%)	74,9±0,8	91,2±2,1	<0,001	84,9±1,2***	90,3±2,0	0,003
ИФЖ (%)	24,9±0,8	9,3±2,1	<0,001	14,7±1,2***	9,7±2,0	0,005

Примечание: \* -  $P \leq 0,05$ ; \*\*\* -  $P \leq 0,001$  - уровни статистически значимых показателей сельского населения в сравнении с городским

У пенсионеров, находящихся в городских и сельских пансионатах, функция жевания сохранившихся зубов составила менее 10% и различия показателей стоматологического здоровья незначительны. У пенсионеров проживающих дома состояние стоматологического здоровья в группе А1 значительно лучше, чем в группе Б1.

В зависимости от места и условий проживания уровень стоматологической помощи пожилым по степени убывания индекса располагается следующим образом: группа А1 ИССП=42,2% → группа А2 ИССП=32,4% → группа В1 ИССП=27,5% → группа В2 ИССП=20,7%. Потребность населения старше трудоспособного возраста в основных видах стоматологической помощи удовлетворяется лишь на 20-42%, что по классификации А.П. Леуса (1987) считается недостаточным, и в самой худшей ситуации по оказанию стоматологической помощи находятся пенсионеры, проживающие в сельских пансионатах.

Здоровый пародонт (СРІ «0») в пожилом возрасте выявлен не был (табл.8).  
Распространенность заболеваний пародонта 100 %.

Таблица 8

Распространенность (%) признаков поражения тканей пародонта (СРІ) городских и сельских пенсионеров Самарской области, проживающих в разных социальных условиях

Возраст ≥ 65	здоровый	кровоточивость десен	зубной камень	карман 4-5 мм	карман ≥ 6 мм	исключенные
Гр.А - всего	0	2,26	9,42	16	44,66	27,66
Гр.Б - всего	0	8,3	11	16	12	52,7
Гр. А1	0	3,89	9,75	15	44	27
Гр. Б1	0	15,1	11,5	14	11	48,4
Гр. А2	0	0,68	9	17	45	28,32
Гр. Б2	0	1,5	10,5	18	13	57

Во всех группах гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительно, но среди проживающих в домашних условиях городов и сел, оно лучше, чем у находящихся в учреждениях социальной защиты населения (ИГ<sub>А1</sub>=2,1±0,35 усл.ед., ИГ<sub>А2</sub>=2,3±0,36 усл.ед.; ИГ<sub>Б1</sub>=2,5±0,34 усл.ед., ИГ<sub>Б2</sub>=2,7±0,31 усл.ед.).

#### Фактические объемы различных видов геронтостоматологической помощи

Доля госпитализаций пожилых составляет менее 7% в общей структуре госпитализаций стоматологического профиля взрослого населения. На 1-м месте по числу госпитализаций пожилого населения на круглосуточные койки по ОМС находятся ЛПУ федерального подчинения (клиники СамГМУ), на 2-м месте – муниципального подчинения, на 3-м - ГБУЗ СОКБ им. М.И. Калинина. Госпитализации по платным услугам и по ДМС единичны.

Стационарозамещающая стоматологическая помощь для взрослого населения на территории Самарской области по ОМС отсутствует, что лишает пожилого пациента выбора на получение стоматологической помощи в такой организационной форме, как стационар дневного пребывания.

Основной и самой массовой формой стоматологической помощи является амбулаторно-поликлиническая. Доля посещений пожилых пациентов составляет менее ¼ от общего числа посещений соответствующего года и снижается по годам с 24,5% до 22,4%, несмотря на демографическое старение и увеличение абсолютного и относительного числа пожилых в структуре населения. Женщины пенсионерки в 2,2 раза чаще посещают стоматолога, чем мужчины, что соответствует демографическим показателям региона.

За изучаемый период по области запломбировано у пожилых всего – 526 687 зубов, удалено по разным причинам – 632 789. Удалено на 106 102 зуба больше, чем запломбировано. Общее число запломбированных зубов по поводу кариеса составляет 2/3 от общего числа запломбированных зубов (69,2%), по поводу осложнений кариеса 1/3 (30,8%). По возрастным группам в динамике по годам в I и IV группах показатель уменьшается, как при лечении кариеса, так и его осложнений,

а во II и III группах – увеличивается. Несмотря на возраст, пациенты IV группы (90-99 лет) и даже V группы (старше 100 лет) продолжают лечить зубы консервативно.

У пациентов старше трудоспособного возраста, составляющих 22% населения области, удалением зубов закончилось 32,4% посещений (от числа посещений своей возрастной группы). У трудоспособных - только 19,9% от числа посещений своего возраста ( $p < 0,01$ ), хотя их численность в демографической структуре почти в 3 раза больше, чем пенсионеров.

Анализ фактически сложившихся объемов лечебно-хирургической работы подтверждает тенденцию, установленную по результатам проведенного автором эпидемиологического обследования: в лечении пожилых преобладает излишний радикализм, что приводит к безвозвратным потерям естественных зубов и увеличению потребности в протезировании, доступной не каждому пенсионеру, поскольку гарантируется государством бесплатно только для льготных категорий населения. Исключением является ГБУЗ «Самарский областной клинической госпиталь для ветеранов войн», где число удаленных зубов в динамике уменьшилось в 1,7 раз, в отличие от области в целом, а число стоматологических посещений выросло на 6,6%. Это связано с организованностью санации полости рта и ортопедического лечения во время госпитализации по поводу соматической патологии. Подобная организационная форма увеличивает доступность получения стоматологической помощи в объеме комплексной стоматологической услуги для пациентов пожилого и старческого возраста, а так же долгожителей, со сниженной мобильностью и способностью к самообслуживанию.

Анализ посещений показал, что доля санированных в порядке санации по обращаемости стабильно низкая - менее 26%; по результатам профилактических осмотров - заканчивают лечение санацией в среднем менее 27,5% пожилых. В группе старше трудоспособного возраста зафиксировано значительное снижение объемов профилактической работы: число пенсионеров «осмотренных в порядке плановой санации» снизилось в 1,8 раз, «нуждалось в санации от числа осмотренных» - в 3,9 раз, «санировано из числа нуждавшихся» - в 2,0 раза.

В результате изучения доступности ортопедической стоматологической помощи населению старших возрастных групп установлено, что число пенсионеров, получивших зубные протезы, в перерасчете на 1000 населения старше трудоспособного возраста, выросло по области с 39,2‰ до 40,5‰, что говорит об увеличении доступности данного вида стоматологической помощи в целом (табл. 9). Однако, этот рост достигнут за счет увеличения ортопедической помощи пожилым по платным услугам (с 13,4 до 21,4‰), при одновременном снижении числа пенсионеров, которым доступно бесплатное для них ортопедическое стоматологическое лечение на льготной основе (с 25,8‰ до 19,1‰). Анализ объемов работ по льготному протезированию позволил выявить снижение всего объема работы по области за изучаемый период с 87491 до 70280 (или с 281281,4 УЕТ до 213965,5 УЕТ). На 1 городского льготника приходилось по годам от 16,3 до 16,1 протезных УЕТ, на 1 сельского - традиционно меньше и снижалось с 14,2 УЕТ до 13,6 УЕТ. В структуре изделий произошло значительное снижение числа одиночных искусственных

коронки (с 52739 до 36625) и съемных протезов (с 22306 до 19912) при одновременном росте числа мостовидных протезов, причем исключительно за счет сельского населения (с 1306 до 3017).

Таблица 9

Динамика числа лиц старше трудоспособного возраста, получивших зубные протезы на 1000 населения старше трудоспособного возраста, в зависимости от места проживания и источника финансирования (%)

Место проживания	Область			Город			Село		
	вид оплаты			вид оплаты			вид оплаты		
Период	Бюдж.	Платн.	Всего	Бюдж.	Платн.	Всего	Бюдж.	Платн.	Всего
2007	25,81	13,37	39,18	24,49	15,32	39,82	30,77	5,99	36,37
2008	22,82	18,16	40,9	21,29	20,39	41,68	28,73	9,55	38,28
2009	21,14	21,06	42,2	19,72	23,25	42,97	26,67	12,52	39,19
2010	19,07	21,37	40,46	18,19	23,43	41,6	22,42	13,14	35,56

Динамика показателей в возрастном аспекте при платном ортопедическом стоматологическом лечении аналогична бюджетному: независимо от источника финансирования с возрастом происходит снижение, в абсолютных и относительных цифрах, числа пациентов в каждой последующей группе (табл. 10).

Таблица 10

Динамика числа лиц старше 60 лет, получивших зубные протезы, в зависимости от возраста и источников финансирования

Число лиц, получивших зубные протезы								
Период	2007 год		2008 год		2009 год		2010 год	
	вид оплаты		вид оплаты		вид оплаты		вид оплаты	
Возраст (лет)	Бюдж.	Платн.	Бюдж.	Платн.	Бюдж.	Платн.	Бюдж.	Платн.
60-69	9220	5249	7814	6891	6685	7422	5878	7596
70-79	7463	3184	6977	4682	6986	5686	6412	5925
80-89	1077	764	1167	1104	1307	1739	1474	1828
90-110	29	20	19	33	24	93	21	100
Всего	17789	9217	15977	12710	15002	14940	13785	15449

Основная масса пенсионеров, получивших зубные протезы на платной основе, относится к I и II возрастным группам, так же как и у льготных категорий. Если в 2007 году в каждой возрастной группе число лиц, получивших протезы бесплатно, превышало число пенсионеров, оплативших зубные протезы, то с 2010 года наблюдалась обратная картина - зафиксирован стабильный рост и преобладание числа пожилых, получивших протезы платно, даже среди должителей (в 5 раз). Увеличение доступности ортопедической стоматологической помощи пожилым произошло исключительно за счет платных услуг, при одновременном снижении протезирования по бюджету. На фоне демографического старения населения региона установлено снижение объемов бесплатной для пожилых пациентов лечебно-профилактической и ортопедической стоматологической помощи. В этой связи возрастает актуальность

разработки комплекса мер по оптимизации стоматологической помощи пожилым на региональном уровне, поскольку по всем вариантам прогнозов процесс демографического старения населения Самарской области будет продолжаться.

### **Социологическая оценка стоматологической помощи**

Удовлетворенность пожилого населения является одним из важнейших индикаторов, характеризующих различные аспекты качества медицинской помощи. Давая оценку работе врачей, 36,1% пожилых респондентов характеризуют отношение к себе как невнимательное и равнодушное; 20,8% считают, что врачи затрачивают на их лечение недостаточное количество времени; 11,8% не доверяют квалификации лечащего врача; 18,8% делают вывод о том, что врач не заинтересован в оказании качественной медицинской помощи пожилым пациентам по ОМС; 30,0% считают, что качество оборудования и материалов не имеет значения - все зависит от квалификации врача; только 3,5% пациентов задавали вопрос о наличии соматических заболеваний до начала лечения. Значительное число негативных оценок указывает на то, что для пожилого пациента в процессе получения стоматологической помощи существенную роль играет человеческий фактор.

Проведенный социологический опрос показал, что при возможности выбора организационной формы получения стоматологической помощи: 58,6% пациентов хотели бы лечиться в районной стоматологической поликлинике на общих основаниях; 25,4% - так же выбрали амбулаторно-поликлиническое звено, но предпочли бы лечиться в специализированном отделении только для пожилых пациентов; 8,5% - совместить санаторно-курортное лечение с лечением зубов; 5,8% - хотели бы лечить зубы в условиях стационара при краткосрочной госпитализации на круглосуточные койки; 1,7% - совместить плановое лечение хронической соматической патологии в условиях круглосуточного стационара с лечением зубов.

При анализе мотивации предпочтений традиционной организационной формы удалось установить две основные причины подобного выбора: первая - пожилые граждане боятся потерять те минимальные, но привычные объемы медицинской помощи, которые гарантируются им Территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению Самарской области (ТПГГ); вторая - обособление данной возрастной группы пациентов в стоматологии расценивается ими, как проявление сегрегации и социальной стигматизации.

Выбор пациентами лечения зубов в условиях многопрофильного круглосуточного стационара, позволил выделить 2 группы причин: в первой - выбор связан с наличием тяжелой полиморбидной патологии и снижением мобильности, во второй - с информированностью респондентов о возможности совмещения лечения зубов с лечением соматической патологии в условиях круглосуточного стационара в Самарском областном клиническом госпитале для ветеранов войн. На базе данного многопрофильного стационара, пожилые пациенты успевают получить комплексную стоматологическую услугу: санировать полость рта (за счет средств ОМС или на платной основе) и провести ортопедическое стоматологическое

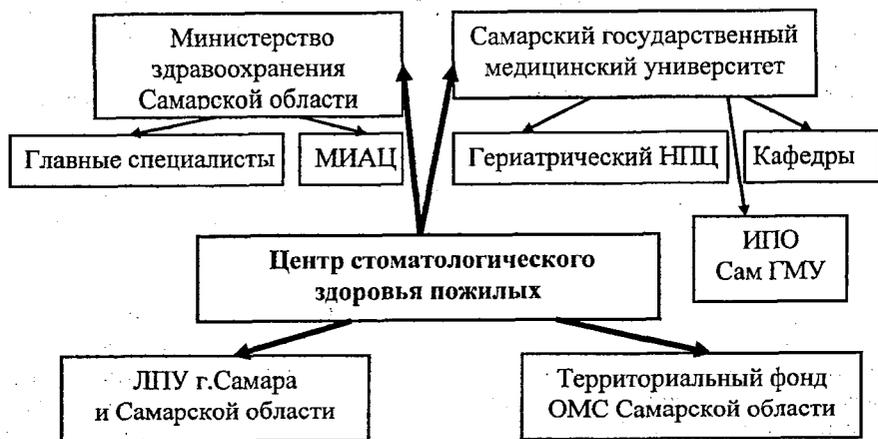
лечение (за счет средств бюджета или на платной основе) одновременно с лечением в плановом порядке хронических соматических заболеваний.

Выяснение информированности врачей о различных организационных формах оказания стоматологической помощи пожилым показало, что 78% врачей осведомлены только о существовании кабинетов для специализированного амбулаторного приема больных с сахарным диабетом и в незначительном проценте случаев знают о других возможностях для пациентов. Подобный низкий уровень информированности врачей, по сравнению с пациентами ( $p < 0,01$ ), ограничивает доступность получения стоматологической помощи для населения старше трудоспособного возраста. Вместе с тем, ограничивает и возможность выбора для врача оптимальной организационной формы оказания стоматологической помощи. К преимуществам создания геронтостоматологического приема врачи относят: отделение потоков пожилых от основного потока (23%), учет возрастных особенностей зубочелюстной системы (16%) и концентрация всех видов помощи пожилым в одном месте (17%). Только 8% врачей не видят преимуществ геронтостоматологического приема по сравнению с приемом пожилых в общем потоке. При изучении мотивации подобного выбора, выявлено определенное противоречие: декларируя свое положительное отношение к геронтостоматологическому приему в целом, только 12% врачей-стоматологов готовы работать исключительно с пожилыми пациентами без дополнительных условий. Остальные в качестве дополнительных условий предлагают изменить норматив нагрузки на врача-геронтостоматолога (из-за увеличения времени 1 врачебного посещения и дополнительной психологической нагрузки на врача) и организовать специализацию по гериатрии и геронтостоматологии. 41% врачей одобрили создание геронтостоматологического отделения (кабинета), при условии наличия платных услуг. Результаты опроса требуют дополнительных мероприятий в плане подготовки врачей геронтостоматологов и информированности врачей и пациентов.

#### **Оптимизация стоматологической помощи пожилым**

На основании результатов демографического, эпидемиологического, медико-экономического и социологического исследований разработан комплекс предложений по оптимизации геронтостоматологической помощи по трем видам: амбулаторно-поликлиническая, стационарозамещающая, стационарная. Основным направлением является создание вертикальной структуры АПП, состоящей из головного «Центра стоматологического здоровья пожилых» на базе одной из стоматологических поликлиник клинического уровня и сети геронтостоматологических кабинетов на базе крупных стоматологических поликлиник, а также действующих Центров здоровья. Придание Центру статуса областного позволит координировать вопросы оказания стоматологической помощи населению старше трудоспособного возраста на территории региона по разным направлениям (лечебно-консультативные, организационно-методические, научно-исследовательские, учебно-методические, экспертные, правовые, санитарно-просветительские, эпидемиологический и социологический мониторинги) в тесном сотрудничестве с кафедрой гериатрии и кафедрами стоматологического профиля ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, с ГБУЗ СО «Гериатрический научно-практический центр», со стоматологическим отделением ГБУЗ СОКГВВ, с сотрудничающим центром ВОЗ ГБОУ ВПО МГМСУ

им. А.И. Евдокимова Минздрава России, с Территориальным фондом ОМС Самарской области (ТФОМС СО) и Министерством здравоохранения Самарской области. Схема взаимодействия субъектов, участвующих в оптимизации геронтостоматологической помощи, представлена на рис.3.



**Рис. 3. Схема взаимодействия субъектов, участвующих в оптимизации геронтостоматологической помощи**

Другое направление оптимизации - введение в прејскурант по ОМС тарифа для стационароразмещающей формы оказания медицинской помощи в виде стационара дневного пребывания по профилю койки «стоматология для взрослых». Внедрение подобного тарифа в практику позволит врачу-стоматологу направлять пациентов пожилого и старческого возраста с полиморбидной соматической патологией для обследования, стоматологического терапевтического и хирургического лечения в условиях стационара дневного пребывания (СДП) на базе многопрофильного стационара с меньшим риском для больного.

Еще одно направление, требующее реализации в интересах пациента - использование возможности стоматологического скринингового обследования и лечения заболеваний зубов, хронического пародонтита и пародонтоза у пожилых пациентов при краткосрочной госпитализации на круглосуточные койки стоматологического профиля для взрослых, по уже имеющимся в Прејскуранте КСГ 120180, 120184. С целью организации потока пациентов необходима разработка критериев отбора и расширение перечня диагнозов для госпитализации лиц пожилого и старческого возраста.

Следующим направлением повышения доступности является предоставление возможности санации полости рта и ортопедического стоматологического лечения во время плановых госпитализаций на круглосуточные койки при лечении соматической патологии по ОМС и по платным услугам. Аналогичная возможность должна быть предоставлена и при длительных госпитализациях на социальных койках за счет средств бюджета (особенно для пациентов со сниженной

мобильностью и тяжелой соматической патологией). При этом лечебно-хирургическая и ортопедическая стоматологическая помощь может предоставляться за счет разных источников финансирования – ОМС, бюджета, платных услуг.

Учитывая высокую нуждаемость в ортопедической стоматологической помощи пожилого населения, еще одним направлением оптимизации является расширение категорий лиц, имеющих право на бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов на уровне региона. Это позволит хотя бы частично привести в соответствие потребность пенсионеров в протезировании и фактическую реализацию его объемов.

### Выводы

1. Основными тенденциями, характерными для демографической ситуации Самарской области, являются: сохранение депопуляции (общий показатель естественной убыли населения составил 3,7‰ в 2010 году); усиление региональной дифференциации городов, сельских поселений и районов г.Самара по комплексу показателей старения; феминизация пожилого населения, особенно в сельской местности. Увеличение миграционного прироста пожилого населения, сопровождающееся миграционной убылью детей, способствует ухудшению демографической структуры региона. Вектор миграционного прироста лиц старше трудоспособного возраста в Самарской области сместился в сельскую местность и на 2/3 обеспечен пожилыми женщинами.

2. Установлено, что состояние зубных рядов и функции жевания, зависит от пола, возраста, места проживания (город/село) и условий проживания пожилых (домашнее/в стационарных учреждениях социального обслуживания). Стоматологическое здоровье населения старше трудоспособного возраста по всем изученным показателям достоверно отличаются в худшую сторону: в каждой последующей возрастной группе по градации ВОЗ, по сравнению с предыдущей; у сельских жителей, по сравнению с городскими; у мужчин, по сравнению с женщинами; у пенсионеров, находящихся в учреждениях социальной защиты, по сравнению с пенсионерами, проживающими в домашних условиях. Уровень стоматологической помощи недостаточен во всех группах пожилых, но наименьший - в сельских учреждениях социальной защиты (20,7%). Установлены статистически значимые прямые и обратные корреляционные связи между ИССП, показателями состояния зубных рядов («К», «Г», «У», числом сохранившихся и интактных зубов) и жевательной функции (УФЗ, ИФЖ) ( $p < 0,01$ ).

3. Фактические объемы стоматологической амбулаторно-поликлинической помощи по ОМС, оказанной различным возрастным-половым группам пожилого населения области, снизились с 24% до 22% в общей структуре посещений. Число УЕТ в 1 посещение пожилых пациентов снизилось с 2,85 УЕТ в 2007 году до 2,40 УЕТ в 2008 году и увеличилось до 2,67 УЕТ к 2010 году. Соотношение посещений пожилых мужчин : женщин в динамике по годам сохраняется на уровне 32% : 68%, что отражает гендерные отличия демографической структуры населения области.

Профилактическая работа среди пожилых находится на низком уровне: санировано из числа нуждавшихся по результатам профилактических осмотров только 27,5% - это самый низкий показатель по сравнению с другими возрастными

группами. По обращаемости пенсионеры продолжают лечение до полной санации полости рта менее чем в 1/3 случаев.

Доступность бюджетного ортопедического лечения снизилась в городах (с 24,5% до 18,2%) и селах (с 30,8% до 22,4%) во всех возрастных группах пожилых, кроме III группы. Фактические объемы по бюджету снизились с 281281 до 213965 протезных УЕТ. Доступность платного ортопедического лечения увеличилась в большей степени для городского населения (с 15,3% до 23,2%) и в меньшей - для сельского (с 6,0% до 13,1%). Увеличение объемов в целом достигается за счет платных услуг.

4. Удовлетворенность населения различными аспектами амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи по данным социологического исследования, в значительной степени низкая. Пациенты в 18,8% делают вывод о том, что врачи не заинтересованы в оказании качественной медицинской помощи пожилым пациентам по ОМС. Установлено положительное отношение пациентов и врачей к возможности выбора разных организационных форм оказания стоматологической помощи пожилым. Организацию геронтостоматологического отделения/приема одобрили 25% пациентов и 53% врачей-стоматологов, из них: 41% - при условии наличия платных услуг и 12 % врачей-стоматологов готовы работать только с пожилыми пациентами без дополнительных условий.

5. Разработанный комплекс предложений способствует формированию геронтостоматологического направления и оптимизации стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста в условиях демографического старения региона.

### **Практические рекомендации**

1. Результаты исследования могут быть использованы для стратегического планирования развития геронтостоматологической помощи при принятии управленческих решений по вопросам организации и финансирования медицинских и социальных служб.

2. Собранный фактический материал может стать основанием для решения вопроса о нормативном оформлении создания головного координирующего геронтостоматологического центра на базе стоматологической поликлиники клинического уровня, придания ему статуса областного, а также сети геронтостоматологических кабинетов на базе крупных стоматологических поликлиник городов области и Центров здоровья для взрослых.

3. Полученные данные могут применяться в практической работе:

- при разработке тарифа стационарозамещающей формы оказания медицинской помощи в виде стационара дневного пребывания по профилю койки «стоматология для взрослых»; разработке критериев отбора для лечения в условиях СДП,
- при разработке критериев отбора для скринингового обследования и лечения во время краткосрочных госпитализаций на круглосуточные койки стоматологического профиля; для комплексной стоматологической помощи при длительных плановых госпитализациях по поводу соматических заболеваний,
- для расширения перечня категорий населения старше трудоспособного возраста, имеющих право на получение ортопедической стоматологической помощи за счет средств регионального бюджета.

4. Результаты данного диссертационного исследования рекомендуется использовать в учебном процессе на кафедрах гериатрии, стоматологии, общественного здоровья и здравоохранения, медицинского страхования, для подготовки врачей на курсах повышения квалификации.

#### Список публикаций

1. Балуева Е.С. Особенности стоматологического здоровья в пожилом и старческом возрасте / Е.С. Балуева // Клинические и фундаментальные аспекты геронтологии - сборник научных трудов, посвященный 90-летию ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет». - Самара, 2009. – С. 26-31.

2. Балуева Е.С. Амбулаторно-поликлиническое обеспечение стоматологической помощью населения старших возрастных групп / Е.С. Балуева // Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции «Общество, государство и медицина для пожилых». – Москва, 2009. – С. 9 – 10.

3. Балуева Е.С. Пораженность кариесом лиц пожилого возраста в эндемических районах Самарской области / Е.С. Балуева // Аспирантские чтения 2010. Материалы докладов Всероссийской конференции дипломированных специалистов «Молодые ученые – медицине». – Самара, 2010. – С. 193 - 196.

4. Балуева Е.С. Старение населения и демографические прогнозы / Е.С. Балуева // Клинические и фундаментальные аспекты геронтологии - сборник научных трудов, посвященный 65-летию со дня победы в Великой Отечественной Войне.- Самара, 2010. – С. 77 - 80.

5. Балуева Е.С. Сравнительная характеристика амбулаторной стоматологической помощи, оказываемой пациентам пожилого и трудоспособного возраста / Е.С. Балуева // Аспирантский вестник Поволжья. –2010. – №7-8. – С. 41-43.

6. Балуева Е.С. Стоматологическое здоровье пожилого населения Самарской области в свете глобальных целей ВОЗ / Е.С. Балуева // Аспирантские чтения 2011. Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Молодые ученые – медицине». – Самара, 2011. – С. 248-251.

7. Балуева Е.С. Региональные особенности демографической нагрузки пенсионерами в городах Самарской области / Е.С. Балуева // Аспирантский вестник Поволжья. –2011. – №5-6. – С. 55-58.

8. Балуева Е.С. Изучение мнений пожилого городского населения о платных стоматологических услугах (по материалам медико-социологического исследования) / Е.С. Балуева // Клинические и фундаментальные аспекты геронтологии - сборник научных трудов.- Самара, 2011. – С. 18-24.

9. Сравнительный анализ динамики миграционного прироста пожилого населения Самарской области / Г. Н. Гридасов, Н. О. Захарова, Е. С. Балуева // Успехи геронтологии. - 2011.- Т. 24. № 4. - С. 707-712.

10. Отношение пожилого населения Самары к организационным формам в геронтостоматологии (по материалам медико-социологического исследования) / Н. О. Захарова, Д. А. Трунин, Е. С. Балуева // Успехи геронтологии. - 2012. - Т. 25. № 1.- С. 171–174.

11. Балуева Е.С. Сравнительный анализ стоматологического здоровья пожилых жителей Самарской области, находящихся в разных социальных

условиях / Е.С. Балуева // **Аспирантский вестник Поволжья.** –2012. – №5-6. – С. 67 - 69.

12. Балуева Е.С. Оценка социально-гигиенических факторов, влияющих на стоматологическое здоровье пожилых пациентов / Е.С. Балуева // **Клинические и фундаментальные аспекты геронтологии - сборник научных трудов.**- Самара, 2012. – С. 104 - 112.

13. Балуева Е.С. Индексная оценка состояния геронтостоматологической помощи на территории Самарской области / Е.С. Балуева // **Аспирантские чтения 2012. Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Молодые ученые – медицине».** – Самара, 2012. – С. 185 -186.

#### **Учебно-методическая литература**

1. Гридасов Г.Н., Мокшин В.Н., Захарова Н.О., Балуева Е.С. Организация проведения анкетирования населения при осуществлении обязательного медицинского страхования (учебно-методическое пособие для системы послевузовского образования). – Самара, 2011. - 18 с.

#### **Авторские свидетельства**

Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ: «Программа определения индекса состояния стоматологической помощи» № 2012612527 зарегистрирована 07.03.2012 г. (заявка № 2011615345 от 18.07.11).

Удостоверения на рационализаторские предложения № 95 и № 96 (заявки от 27.09.2010 г.; выданы ГОУ ВПО СамГМУ 12.10.2010 г.), № 106 (заявка от 24.12.2010 г.; выдано ГОУ ВПО СамГМУ 29.12.2010 г.).

## Список сокращений

АПП	- амбулаторно-поликлиническая помощь
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ГБУЗ СОКГВВ	- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический госпиталь для ветеранов войн»
ГБУЗ СОКБ	- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарская областная клиническая больница» им. М.И. Калинина
ГИ (Green-Vermillion)	- гигиенический индекс Грина-Вермиллиона
СРІ	- комплексный периодонтальный индекс
ДМС	- добровольное медицинское страхование
ИПО	- институт последипломного образования
ИССП	- индекс состояния стоматологической помощи
ИФЖ	- индекс функции жевания
КДНп	- коэффициент демографической нагрузки пожилыми
КПУ	- стоматологический индекс: К- кариес, П - пломба, У - удаленные
КСГ	- клинико-статистическая группа
ЛПУ	- лечебно-профилактическое учреждение
ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России	- ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
МП	- миграционный прирост
МСК	- медицинская страховая компания
МИАЦ	- ГБМУ «Медицинский информационно-аналитический центр» Министерства здравоохранения Самарской области
НПЦ	- научно-практический центр
ОМС	- обязательное медицинское страхование
ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России	- ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
СДП	- стационар дневного пребывания
ТПГТ	- Территориальная программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи
ТФОМС СО	- Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области
УЕТ	- условная единица трудоемкости
УСП	- уровень стоматологической помощи
УФЗ	- потеря функции зубов

Подписано в печать 10.06. 2013г.  
Формат 60х90/16. Бумага офсетная. Печать оперативная.  
Гарнитура Times New Roman  
Объем 1,0 п.л. Тираж 100 экз. Заказ № 500  
Отпечатано с готового оригинал-макета  
в Центре Оперативной Полиграфии ООО «Стройкомплект».  
г. Самара, 443010, ул. Молодогвардейская, 104, тел.: (846) 333-33-32